

介護老人福祉施設職員のターミナルケアに関する意識と それに関連する要因の分析

柳原清子・柄澤清美

新潟青陵大学看護学科

Analysis; how professional staffs at a japaness nursing home consider terminalcare, and why they consider so.

Kiyoko Yanagihara · Kiyomi Karasawa

Nigata Seiryō University Department of Nursing

Abstract

This research investigates and analyzes the consciousness, an idea, technology, etc.

The number of 1,002 institutional staffs (included 838 care staffs) were investigated about the consciousness of terminal care, a place-of-work situation, care skill and so on. About 80% of staffs agreed to continue to care for the aged person in the nursing home at the terminal period. On the other hand, 15% of staffs think that they should be sent to a hospital.

We found that those differences depend on experience to treat patients' death and existence of meeting for terminal care at a work place. It is predicted that lack of advanced care skill (for example, care contents during a meal, the massage for comfortable breath) and lack of assessment power makes difference. It is important to think that death of the aged person is natural from the point of "life model" view in a nursing home. It should not be considered terminal care only as "medical care" in a nursing home.

Key ward

Attitude of Terminal care, Care staff, Japaness nursing home

要 旨

本研究は「介護老人福祉施設におけるターミナルケア」を考えるために、直接処遇職員1002名（介護職員858名）を対象に、そのターミナルケア意識や職場状況、介護技術などを調査し、ターミナルケア意識に関連する要因を分析したものである。

施設での、ターミナルケア続行に肯定的な意見は80%近くあった。一方、病院への転送が当然という考えは15%であった。こうしたターミナルケアの考えには、「死の看取りの経験」と、「職場のカンファレンスの有無」の因子が関連していることがわかった。技術面では、「食事の工夫」「安楽な呼吸のためのマッサージ」など、より高度な介護技術と、「アセスメント力」の不足が推察された。介護老人福祉施設におけるターミナルケアを考えると、ターミナルケアを「医療ケア」ととらえるのではなく、老年者の死は自然のことであり生きる延長上にひろがるものである、という「生活モデル」からの死の看取りの視点が、これから重要となってくる。

キーワード

ターミナルケア意識

介護職員

介護老人福祉施設

はじめに

本研究は、これからの時代に要望として大きくなる「介護老人福祉施設におけるターミナルケア」を考えるために、その基礎調査として、現場職員が、ターミナルケアに対してどのような意識をもっているのか、またその意識には、どのような要因が関連するのかを明らかにすることを目的とする。

本研究の対象施設は介護老人福祉施設である。選択の理由は、要介護状態の後期高齢者ケアは当然「死」を視野に入れた処遇が考えられなければならないにもかかわらず、介護老人福祉施設の「生活介護施設」という位置づけが、死の看取りを困難にしている現状があるからである。「福祉のターミナルケアに関する調査報告書」²⁾においても死の看取りが医療と結びつけられるがゆえに、福祉施設においては死期が近づくと病院へ移送される現実があることを指摘している。ターミナルケアの理念とは、「死」を看取る状況の中で安寧・安らぎを作りだし、その人の尊厳が守られることにある。病院転送という環境の変化は、老年者の安らぎやQOLの面で問題視³⁾されている。

一方で介護老人福祉施設における死は存在する。介護老人福祉施設における死を「人口動態統計」¹⁾からみてみよう。

死亡場所として、人口統計上に老人ホーム(介護老人福祉施設)が明示されるのは、1995年からであり、それまでは、老人ホームでの死は在宅死の中に含まれていた。介護老人福祉施設での死は1995年が14126人(2.15%)、96年14941人(2.16%)、97年15219人(2.15%)、98年15637人(2.15%)、99年16679人(2.16%)である。病院死はこの間、73%~77%に推移し、在宅死は20%~15.3%である。また、老人保健施設は0.29%~0.55%の推移となっている。このように、介護老人福祉施設における死は、2.2%程度の割合で存在しつつづけている。病院死が大勢を占め、死期が近づくと病院に移送する傾向があるなか、1999年では16679人が介護老人福祉施設で看取られているという現実もある。

本研究では、実際に介護老人福祉施設職員

が、老年者のターミナルケアをどのように考えているかを、直接処遇職員1002人(介護職員800名余)に調査した。職員のターミナルケア意識と、それに関連する要因を分析しながら、介護老人福祉施設におけるターミナルケアについて考察する。

なお、本論での「ターミナルケア」とは「近い将来に死がおとずれる老年者に対して、残された時間を質の高いものにするための全人的なケア」を指している。「死の看取り」とほぼ同義語であるが、ここでは「死の看取り」を「臨終場面を意識した具体的ケア」と定義した。

研究対象の背景

介護老人福祉施設における援助行為は、施設の制度上の位置づけやシステムに規定されている面が大きい。そこで、本論に入る前に以下の2点について整理する。

1. 老人医療費等の医療経済からみた介護老人福祉施設の位置づけ

介護老人福祉施設は、老人福祉法第20条の五に規定されている特別養護老人ホームである。特別養護老人ホームは1963年の老人福祉法成立とともに創設された施設であった。社会福祉立法のなかに医療機関を包含するのは好ましくないという考えにより、病弱者を対象としながら医療機関でないという形を貫いてきた。1970年代以降、寝たきりの高齢者の数やその生活実態の深刻さが明らかにされ、高齢者介護サービスが普遍的ニーズとして顕在化してきたが、特別養護老人ホームだけでは対応できず、社会的入院という問題を引き起こした。1980年代以降は、社会的入院の是正による老人医療費抑制をするための受け皿として特別養護老人ホームに期待が集まった。介護保険導入にあたってこの文脈は引き継がれている。すなわち、限定的な医療しか行わない、老人医療費を増大させない施設であることが求められたのである。そして医療の不足は医療の内包ではなく医療との連携をすることにより補う方針がとられている。

2. 介護老人福祉施設におけるターミナルケアのシステム上の限界性

まず、介護老人福祉施設は「健康管理・療養の指導」以上の医療を行う場所ではない、という規定を押さえておかなければならない。老年者への介護・医療は介護保険受給権者に対し、「日常的・基本的な医療」は介護保険から、介護保険給付に含まれない医療は老人保健、医療保険から給付されることになっている。

介護老人福祉施設において介護保険給付に含まれる医療とは、医師による健康管理や療養指導等であり、1日の基本単価に包括して評価されている。ここに含まれない医療は、他医療機関の外来受診、あるいは介護保険対応の病床に入院し、医療保険で医療を受ける、とされ、施設内診療で行った診療行為について医療保険に保険請求はできないしくみとなっている。これは1977年以後、「老人ホームは医療機関でない」ため禁止されたものである。また職員配置においては、入所者100人につき、医師1人（非常勤可）、看護師3人、介護職員31人、介護支援専門員1人となっている。医師が非常勤で可であり、看護師3人では夜勤体制を組むことは不可能であり、夜間は実質医療職が不在の状況である。

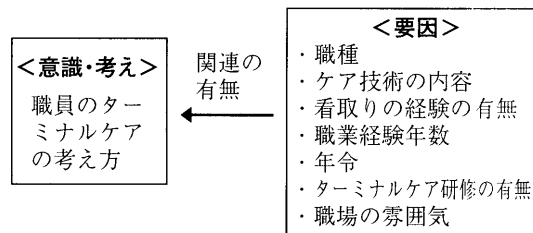
研究目的

本研究の目的は、介護老人福祉施設職員の、ターミナルケアについての考え・意識、およびターミナルケア技術の状況を把握し、その意識に関連する要因を考察しながら、介護老人福祉施設のターミナルケアのありかたや課題についての提言する、である。

研究方法

1) 研究枠組み図

職員のターミナルケアの考えた意識を調査するとともに、その意識と関連する要因を見出す。要因としては、<職種><できる技術内容><看取りの経験の有無><職業経験の年数><年齢><ターミナル研修の有無><職場の雰囲気>をあげ、その相関をみる。



仮説：ターミナルケアの考えには、職種や年齢、看取りの経験の有無などの要因が関係する。また援助技術状況も関連する。

2) 対象

東京都内における特別養護老人ホーム（民設民営の244施設）に働く、直接サービスに従事する職員 1002名（調査票依頼1108名、回収率 90.4%）

3) 方法

研究目的にそった「自記式調査票」を作成する。研修（都主催の特別養護老人ホーム職員研修。講習会は年間を通じておこなわれて、各施設から1～2名ずつ参加している）に参加した職員に、調査の趣旨を説明し、同意を得て調査票の記入をしてもらい回収する。対象者を無作為抽出とするため、調査期間を設定した。回収したデータは、数量的演繹的手法で解析する。

4) 期間

2000年9月～2002年1月

（調査票による調査期間 2001年9～11月）

結果

1. 調査対象者の概要

調査対象者は男性266名（27.7%）、女性695名（72.3%）であり、職種は、介護職858名（85.6%）、看護職79名（7.9%）、相談業務職13名（1.3%）、事務職8名（0.8%）、その他の給食担当者など14名（1.4%）であった。その経験年数は最長27年であるが平均は2.9年であり、現在の勤務先施設での経験は、平均2.2年であった。また年齢も、20歳代516名（53%）、30歳代176名（18.1%）、40歳以上279名（27.8%）となっている。資格の有無では、資

格ありが816名(81.4%)、資格なしが162名(16.2%)であった。その有資格者の内容は、介護福祉士資格400名(39.9%)、介護支援専門員資格26名(2.6%)、社会福祉士資格27名(2.7%)、ヘルパー資格(1級・2級・3級)387名(38.7%)、看護師資格28名(2.8%)、准看護師資格48名(4.8%)であった。

(表1参照)

2. ターミナルケアについての考え・意識

職員の考え・意識をたずねるため、事例を提示し、設問に対して4択で1つの解答をする方式で調査した。

事例は【5年来の入所者が寝たきりとなり嘱託医より老衰でしょう、と判断された90歳の女性】である。設問は《病院への転送》《在宅ターミナルケアへの移行》《施設でターミナルケアを行う》《成り行きにまかせる》の4項目の処遇意識である。具体的には『ターミナル期を施設で過ごすことは無理と考え、病院への入院を勧める』『在宅で看取ること(自宅での死)が望ましいと考え、家族に伝える』『このまま施設で看取りたいと考え、準備体制をとる』『どうしてよいかわからないので、成り行きにまかせる』とした。

結果は《病院への転送は》A: そのように考え入院を勧めると思うが150名(15.0%)、B: そのように考えるが入院を勧めないと思うが217名(21.7%)、C: そのように考えないけれども入院を勧めると思う142名(14.2%)、D: そのように考えないので入院を勧めないと思うが350名(34.9%)であった。また《施設でターミナルケアを行う》はA: そのように考え準備態勢をとると思う566名(56.5%)、B: そのように考えるが準備態勢をとらないと思う91名(9.1%)、C: そのように考えないけれども準備態勢をとると思う192名(19.2%)、D: そのように考えないので準備態勢をとらないと思う38名(3.8%)であった。これらの回答の自由記載のなかには、<老衰であれば施設ケア続行だが、病状が重ければ病院へ>という但し書きが多くあった。さらに《在宅ターミナルケアへの移行》はA: そのように考え家族につたえろと思う253名(30.1%)、B: そのように考えるが家族に伝えないと思う184名(21.9%)、C: そのように考えないけれども家族に伝えろと思う282名(33.6%)、D: そのように考えないので家族に伝えないと思う121名(14.4%)である。また、《成り行きにまかせる》という考えや対処に対してはA: そのように考え成り行きにまかせろと思う122名(12.2%)、B: そのように考えるが成り行きにまかせないと思う116名(11.6%)、C: そのように考えないけれども成り行きにまかせろと思う132名(13.2%)、D: そのように考えないので成り行きにまかせないと思う411名(52.6%)であった。自由記載の中には<老衰であれば施設で看れるが症状があれば施設では困難>とする但し書きが「施設でターミナルケアを行う」の意見の6割にあった。

結果は《病院への転送は》A: そのように考え入院を勧めると思うが150名(15.0%)、B: そのように考えるが入院を勧めないと思うが217名(21.7%)、C: そのように考えないけれども入院を勧めると思う142名(14.2%)、D: そのように考えないので入院を勧めないと思うが350名(34.9%)であった。また《施設でターミナルケアを行う》はA: そのように考え準備態勢をとると思う566名(56.5%)、B: そのように考えるが準備態勢をとらないと思う91名(9.1%)、C: そのように考えないけれども準備態勢をとると思う192名(19.2%)、D: そのように考えないので準備態勢をとらないと思う38名(3.8%)であった。これらの回答の自由記載のなかには、<老衰であれば施設ケア続行だが、病状が重ければ病院へ>という但し書きが多くあった。さらに《在宅ターミナルケアへの移行》はA: そのように考え家族につたえろと思う253名(30.1%)、B: そのように考えるが家族に伝えないと思う184名(21.9%)、C: そのように考えないけれども家族に伝えろと思う282名(33.6%)、D: そのように考えないので家族に伝えないと思う121名(14.4%)である。また、《成り行きにまかせる》という考えや対処に対してはA: そのように考え成り行きにまかせろと思う122名(12.2%)、B: そのように考えるが成り行きにまかせないと思う116名(11.6%)、C: そのように考えないけれども成り行きにまかせろと思う132名(13.2%)、D: そのように考えないので成り行きにまかせないと思う411名(52.6%)であった。自由記載の中には<老衰であれば施設で看れるが症状があれば施設では困難>とする但し書きが「施設でターミナルケアを行う」の意見の6割にあった。

(図1参照)

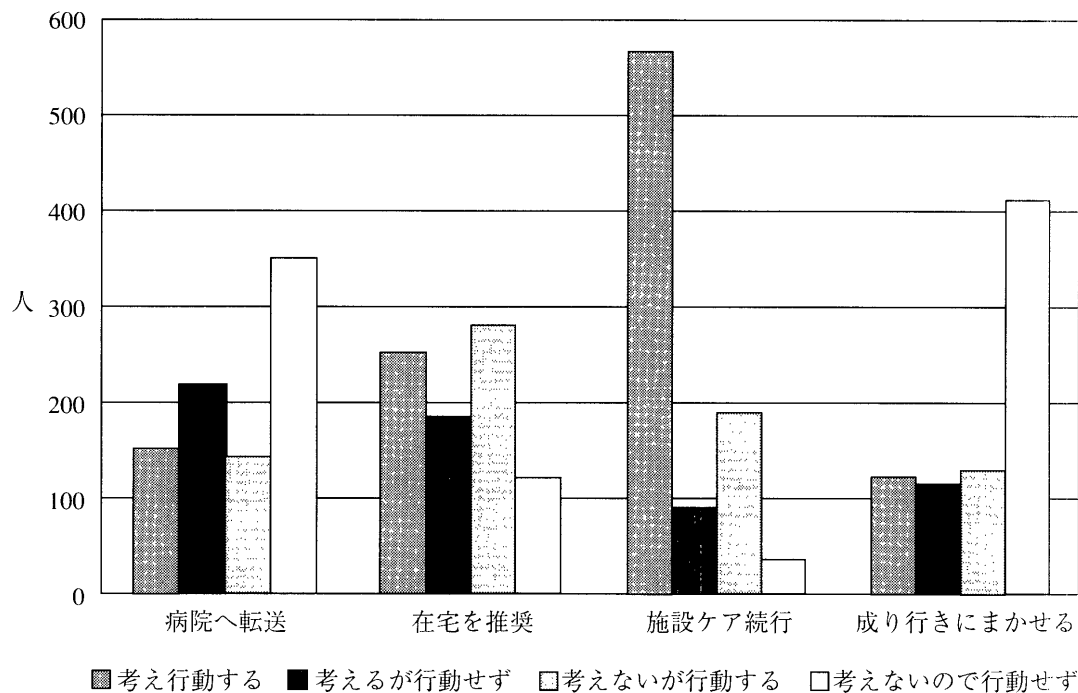
3. 「死の看取り」の経験状況

現在の職場施設での死の看取りの経験は「あり」が467名、「なし」が404名で、「なし」の人でも過去の職場で122名が経験していた。つまり入所者の看取りは58.9%が経験していた。看取った人数は3人までが6割を占めるが、10人というのでも1割ある。介護老人施設では現実に亡くなる高齢者がいて、それを職員が看取っている。また、近親者の死の看取りの経験は825名(82.3%)が「あり」の回答だった。施設での看取り、近親者の看取りを合わせると、死の看取りの経験は8割がしていることになる。

表1 調査対象者の職種

	介護職	看護職(看護師・准看護師)	相談業務職	事務職	その他
人数(%)	858(85.6%)	看護師 26(2.6%) 准看護師 48(4.8%)	13(1.3%)	8(0.8%)	14(1.4%)
合計 1001名		不明 3(0.3%)			

図1 ターミナルケアの意識・考え



4. ターミナルケアの技術の状況

ターミナルケアの技術として、基本的な清潔・排泄・体位交換などのケア技術に加え、観察技術、呼吸のためのタッピング・吸引などを加え、その技術について実施の有無を質問した。具体的項目は、脈の観察・呼吸の観察・意識状態の観察・身体を動かす（体位交換）・身体を拭く・食事（水分）を与える・ふさわしい食事（水分）の工夫・痰を出しやすくするタッピング・シーツを整える・部屋をきれいにする・排泄の介助・痰の吸引・褥創防止のための対策・そばにいて手を握る・手足をさする・いろいろ語りかける・口腔のケア・髪の毛の整容・衣類（寝巻き）の着せ替え・家族への説明・家族へのアドバイス・死後のケア（清拭 更衣 化粧など）の22項目である。基本的なケア技術である体位交換や排泄の世話、清拭、シーツ交換、衣類交換は9割以上ができることを受けている。ターミナルケアの援助技術は、看護職は教育をうけており、原則としてできるものと考え、介護職の技術に注目した。介護職は、「基本的技術」は9割できるが、「観察」は、できる割合が

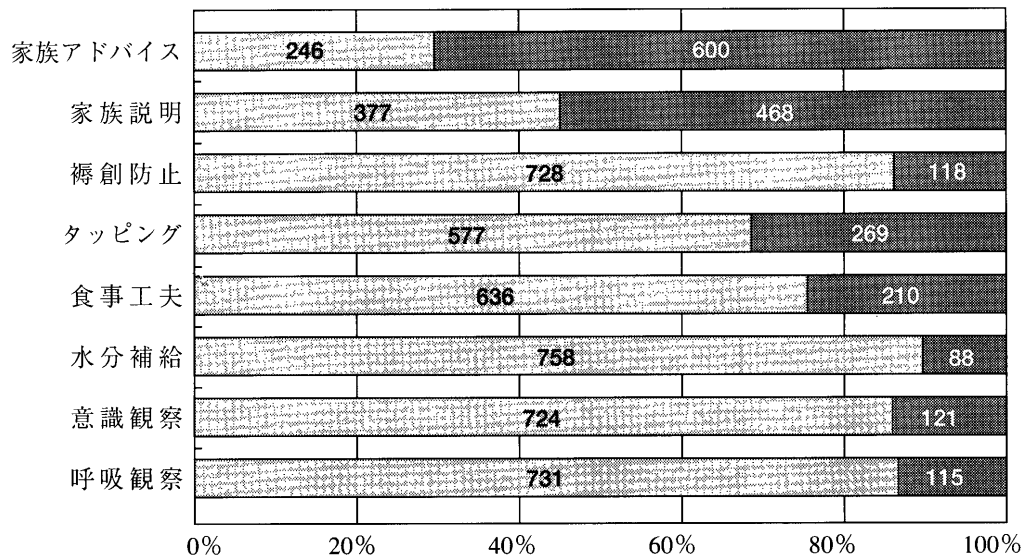
若干下がり8割台となる。また「水分補給」は8割、「食事の工夫」となると7割である。また、「タッピングや吸引」は6割である。一方「家族説明ができる」が377名（44.6%）、「家族に介護アドバイスができる」が246名（29.0%）となり、他者への説明ができる技術として大きく下がっていた。看護職では「家族への説明やアドバイスができる」のは7割であった。

（図2参照）

5. ターミナルケアの研修状況

ターミナルケアに関する研修状況は「受けたことがある」が137名（15.4%）で「受けたことがない」が754名（84.6%）であり、研修の体験は1割あまりであった。また、受けたことのない人に、研修を希望するかをたずねたところ、希望するが9割あり、職員のターミナルケア研修のニーズは高い。受けた研修の中身では、ターミナルケアの理念・哲学・考え方が主（67.6%）で、具体的な技術や方法は5割、心理的・霊的なケアは2割であった。また在宅ターミナルに関しては1割である。為されたターミナル研修の内容は、概論

図2 主なターミナルケア技術の実施意識（介護職）



的な説明が主で、具体的な方法論や技術指導までには立ち入っていない。

6. 職場討議やケア計画の活用などなどからみた職場の雰囲気

職場の状況を知るために、職員間討議（カンファレンス）とケア計画の立案状況と活用についてたずねた。職場での「死の看取り」や「ケアのあり方」についての討議は「非常にしやすい」が250名（26.0%）、「少ししやすい」が388名（40.3%）、「あまりしやすすくない」が276名28.0%、「まったくしにくい」が49名（5.1%）であった。また、ケア計画の立案状況は「大雑把な方針と計画があり見直しはされている」が362名（36.1%）、「大雑把な方針と計画がある見直しはされていない」が128名（12.8%）、「細かな方針と計画があり見直しはされている」が358名（38.4%）、「細かな方針と計画がある。見直しはされていない」37名（3.7%）という状況であった。ケア計画は大雑把に計画されているものと細かな計画まで立案されている割合はともに4割弱であり、その内見直しは8割強がなされている。見直しなしは16.5%である。また、ケア計画の活用に関しては、「計画をよく見てケアしている」が638名（70.7%）で、「計画はあまりあてにしていない」が265名（29.3%）であり、ケア計画の活用は7割の職員にとどまっ

ている。

7. ターミナルケア意識に関連する要因

事例に対しての、処遇意識を《病院への転送》《在宅ターミナルケアへの移行》《施設でターミナルケアを行う》《成り行きにまかせたい》の4点で聞き、その意識の関連する因子として、〈職種〉〈資格の有無〉〈年齢〉〈看取りの経験の有無〉〈職場での討議雰囲気〉〈技術—家族説明〉〈研修の有無〉で相関を調べた。

《病院への転送》の意識は、職種、資格の有無、性別、職場雰囲気、技術には関連はなかったが、「年齢」（ $P < 0.05$ ）「見取りの経験」（ $P < 0.01$ ）で相関がみられた。つまり、年齢が高い職員のほうが病院への転送を考え、若い職員は転送を考えないという結果である。また、看取りの経験のない職員のほうが、転送を考えるとという結果であった。《在宅ターミナルケアへの移行を考える》については、どの要因とも関連は見られなかった。また《このまま施設でターミナルケアを行う》という考えには、「看取りの経験」（ $P < 0.01$ ）と「職場討議の有無」（ $P < 0.01$ ）が相関した。《成り行きにまかせたい》の処遇意識は、「技術—家族説明」（ $P < 0.01$ ）相関した。

（表2、表3、表4参照）

表2 「病院への転送を勧める意識」と職種・資格の有無・看取りの経験の有無との関係

	職 種 (%)					資格の有無 (%)		看取り経験 ** (%)	
	介護職	看護職	相談職	事務職	他	あり	なし	あり	なし
転送を考え行動する	127 職種% (17.1)	13 (21.0)	2 (16.7)	1 (20.0)	1 (8.3)	31 転送% (21.4)	114 (78.6)	53 (40.2)	79 (59.8)
考えるが行動せず	192 (25.9)	16 (25.8)	1 (8.3)		2 (16.7)	41 (19.4)	170 (80.6)	97 (52.4)	88 (47.6)
考えないが行動する	126 (17.0)	6 (9.7)	2 (16.7)	1 (20.0)	2 (16.7)	26 (18.8)	112 (81.2)	54 (43.9)	69 (56.1)
考えないので行動せず	296 (39.9)	27 (43.5)	7 (58.3)	3 (60.0)	7 (58.3)	44 (12.8)	300 (87.2)	190 (61.3)	119 (38.4)
合 計	741 (100)	62 (100)	12 (100)	5 (100)	12 (100)	142 (16.9)	696 (83.1)	394 (52.6)	355 (47.3)
Pearsonのカイ2乗	$\chi^2 = 8.57$ P = 0.739					$\chi^2 = 7.52$ P = 0.057		$\chi^2 = 23.1$ P = 0.001	

表3 「病院への転送を勧める意識」と年齢の関係

	年 齢* (%)									
	20未満	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60↑
転送を考え行動する	3 転院% (2.1)	31 (21.7)	35 (24.5)	13 (9.1)	10 (7.0)	10 (7.0)	13 (9.1)	15 (10.5)	10 (7.0)	3 (2.1)
考えるが行動せず		69 (32.9)	37 (17.6)	21 (10.0)	14 (6.7)	17 (8.1)	18 (8.6)	19 (9.0)	12 (5.7)	3 (1.4)
考えないが行動する		46 (33.3)	37 (26.8)	17 (12.3)	12 (8.7)	8 (5.8)	7 (5.1)	8 (5.8)	3 (2.2)	
考えないので行動せず		122 (35.5)	82 (23.8)	35 (10.2)	23 (6.7)	22 (6.4)	20 (5.8)	22 (6.4)	14 (4.1)	4 (1.2)
合 計	3 (0.4)	268 (32.1)	191 (22.9)	86 (10.3)	59 (7.1)	57 (6.8)	58 (6.9)	64 (7.7)	39 (4.7)	10 (1.2)
Pearsonのカイ2乗	$\chi^2 = 40.071$ P = 0.050									

表4 「施設で継続してターミナルケアを行う意識」と看取りの経験・職場討議の雰囲気との関係

	看取りの経験の有無** (%)		職場討議の雰囲気 (%) **			
	はい	いいえ	非常に	少し	あまり	まったく
ケア継続を考え行動する	294 継続% (59.9)	196 (39.9)	162 (29.5)	234 (42.5)	134 (24.4)	20 (3.5)
考えるが行動せず	31 (38.8)	49 (61.3)	17 (19.1)	35 (39.3)	32 (36.0)	5 (5.6)
考えないが行動する	85 (49.7)	86 (50.3)	35 (19.0)	73 (39.7)	63 (34.2)	13 (7.1)
考えないので行動せず	9 (26.5)	25 (73.5)	9 (24.3)	12 (32.4)	10 (27.0)	6 (16.2)
合 計	419 (54.0)	356 (45.9)	223 (25.9)	354 (41.2)	239 (27.8)	44 (5.1)
Pearsonのカイ2乗	$\chi^2 = 26.838$ P = 0.000		$\chi^2 = 28.666$ P = 0.001			

考 察

1. 介護老人福祉施設職員のターミナルケアの意識や考えとそれに関連する因子

職員のターミナルケアについての意識は、病院への転送に関しては、＜病院への転送を考え行動する＞が15%で＜転送を考えないで行動もしない＞が34.9%であった。同時に＜病院転送は考えないがその行動をする＞が14.2%ある。転送は望ましくないが、施設方針（職場意識）でやむを得ないという考えのあらわれである。一方＜施設ケア続行を考え準備体制をとる＞が56.5%であり、準備体制をとらないまでも、施設ケア続行に肯定的な意見を合わせると8割近くとなる。こうした、施設ケア続行への意識に関連したのは、「職種」の違いや「援助技術」との関連ではなく「見取りの経験」と「職場討議の有無」であった。看護職はターミナルケアの教育を受けており、施設で看取ることに肯定的と仮定したが、関連はなかった。これは本調査では、看護師でも死の看取りの経験が少ない者が5割おり、また准看護師の割合が大きい（本調査での看護職に占める准看護師の割合は6割）こと、職場の勤務システムの関係で夜勤がなく、責任を負えない等が関与していると考えられる。「年齢」が相関したのは、若い介護職ほど、専門学校で介護福祉士の資格を得ており、近年その教育の中にターミナルケアが含まれていること、また、尊厳死や在宅ターミナルケアなど社会の風潮へ関心が高いことと関係がある、と推測される。

さて「看取りの経験の有無」が関連したのは、『ターミナルケアの意識には、死を看取る不安が関連する』⁴⁾とする先行研究を証明したものである。実際、職員の6割近くが入所者の死を体験している。この6割は、突然死も含めた偶発的なものも含まれており件数も少ない、という事実はあるものの、死を見つめた体験は援助者の看取りの不安を軽減する。また「職場討議の有無」がターミナルケア意識に関係するのは、チームアプローチが、看取りの不安の軽減に役立つことを推測させる。ターミナルケアにおいては、スタッフの心理的ストレス軽減のためにチーム医療が不

可欠とされており、⁵⁾このことから、職場でふだんからターミナルケアについて話している場合は、死を看取る不安感が減少し、死までの継続したケアへの考えが生まれると考えられる。

さて、この意識や考えには、自由記載の中にく老衰的な静かな死であれば施設ケア続行であるが、症状があれば病院へ>と多くあり、条件づきのものであることを押さえておきたい。また在宅ターミナルについては、5割以上が望ましいと考えているが、＜施設入所そのものが、家族介護力がないことをあらわしているのです>という自由記載からも、現実には家族介護力がないことは、職員は予測がついており、在宅ターミナルケアに躊躇感が生まれているようである。職員意識の「成り行きに任せる」という対処は、どう考えていいのかわからないという困惑や、組織や集団の方針や流れにまかせるという、自律性の状況を問いかけたものだが、困惑があり状況にまかせるという非自律性の態度は1割程度であり、困惑はあっても自分で対処を考える（11.6%）なども含め自律性をもった姿がうかがえた。

以上のことは、介護老人福祉施設において、老年者の死は無縁なものではなくなっている現状を職員も意識していることを示している。先行研究の『福祉のターミナルケアに関する調査報告書』²⁾においても『全国362施設において「死亡直前期も含め、極力最後まで、施設内でケアをおこなうようにしている」が32.3%、「死亡直前期前後は、できるかぎりすみやかに病院等に移すようにしている」が22.4%』という結果で、施設内で看取りをしようという意識をもっている、という結果が提示された。

今回の調査は、先行研究を追認した形であるが、施設が対象ではなく直接処遇の職員とりわけ852名の介護職の考えを問うたところに特徴がある。

全体にいえることは、施設職員は、自律した態度でターミナルケアを考えようとしており、衰弱していく老年者を施設で看取りたいと8割が考えている、ということである。そこには「老年者には死がある。だから施設で

の死は避けられない」という事実認識があり、社会の要請や、介護教育にターミナルケアの考えが入ってきていることも含めて、施設でもターミナルケアを考えなければ、という思いに至っているものと考えられる。しかしながら、自由記載に数多く述べられていたように、この死はあくまでも老衰にイメージされる、安らかな静かな死である。裏返せば、症状があれば病院へ、という考えであることが推測される。介護老人福祉施設は、生活の場、つまり医療の手薄な場であり、そこで症状のある人を看取することは無理との発想が根底にある。ここでは「死」は医療の問題であり、ターミナルケアは「メディカルケア」ととらえられている。

この「死」のとらえがある限り、「介護老人福祉施設においてもターミナルケアを」の議論は、医療職による技術論の枠を脱せず、介護職が死を看取ることの難しさを生み出してくる。

2. 介護老人福祉施設職員のターミナルケアに関する技術の課題

ターミナルケアにおける技術とは何なのか、介護現場で死を看取る技術のありかたであるが、ターミナルケアの技術とは、日常生活の世話そのものが大きな位置をしめ、その上に、苦痛緩和のための若干の医療行為が加わるものである、と筆者は考えている。施設職員とりわけ介護職員の技術状況をみると、日常生活の世話や身体の観察は9割ができるが、食事の工夫や、痰を出しやすくするためのさする行為などは、できる割合がさがる。『高齢化は、人の細胞の量的な減少と生体機能の減少していく過程であり、ふつうに生を維持しつつ、死に馴染んでいく変化である』⁷⁾というエイジング観があるが、まさしくその通りである。死が近く衰弱した人のための食事の工夫や身体のさすりは、老人介護の基本である。この技術が9割以上になることが必要と考える。

また、家族への説明やアドバイスという援助技術はできる割合が5割以下であったが、家族説明というのは、他者説明ということであり、そこには、根拠をもった判断・解釈と

責任を持った言葉が必要とされる。人間の死のプロセスを判断・解釈・推理・推論して、対処していく力がターミナルケアには必要である。死のプロセスの状況を判断しながら見守る力が、介護老人福祉施設職員の技術的課題として求められる。

3. 介護老人福祉施設でターミナルケアが行われるために必要なこと

これから介護老人福祉施設でターミナルケアが行われるために必要なこととして、一般的には、以下の4つのことが課題として求められている。すなわち『①スタッフ配置（医療スタッフの夜間配置）②ハード環境面として家族居室や個室の整備③ソフト面での研修の実施やケアマニュアルの作成④その他として、医療行為の位置づけの整理』⁸⁾である。

本研究からは、職員のターミナルケアの意識は、職種などの属性ではなく、職場の風土つまり職員間でターミナルケアを含むケア全般について、どのようなコンセンサスを得ているのかに影響されていることが明らかとなった。この結果により、課題と考えるのは、職員の「死」のとらえの変化の必要性である。^{9) 10)}

ターミナルケアはメディカルケアではない。生活の場での看取りに必要なのは、死のプロセスをアセスメントする力と日常生活を整える確実なケア技術であって、医療技術が主ではない。また老年者の「死」は自然のことであり、生きる延長上にひろがるものであるという、見守りに徹する「腹のくくり」が必要である。家族に説明し協調しながら、ともに見守り続ける姿勢がケアの質を高めていく。こうした実践の積み重ねの中で社会に問いかけていけば、「施設内診療で行った行為について医療保険に保険請求はできない」とする制度は変わっていくと考える。このことは、在宅ターミナルケアの歴史が指し示している。在宅ターミナルケアも当初は、システムも社会の支援も専門職の認識も不十分な状況であった。それが今日、介護保険で「ターミナル加算」がつけられるまでになっている。もちろん医療経済上の「可能な限り居宅」の政策意図がベースにあるのは明らかだが、要は、実践でその有用性が証明されれば、社会

システムの変更は可能である。

死を重症状態とみれば、病院への転送の時期を決定する判断が求められるが、自然のプロセスとみれば、手を握ってそばにいられる。介護老人福祉施設が、「終末期を過ごす場」としての選択肢の1つになるためには、職場の雰囲気、職員の意識とケア技術が求められている。また本調査では直接には触れていないが、社会システムの改革も求められている。

ま と め

本研究からは、施設職員は、自律した態度でターミナルケアを考えようとしており、看取りの意識も持っていることがわかった。しかし、それは「静かな死」をイメージした中で生まれているものであり、現実的には対応に困惑するであろうことが推察される。

今後のこととして、「研修」の必要性が強く示唆されたが、同時に、職場でターミナルケアを含む「ケアの質の討議」や、質を高めるための「ケア計画」の充実などがあって、これらのかみ合いのなかで、施設のターミナルケアがすすんでいくであろうことが、要因の分析からわかった。

本研究は「平成13年度 日本興亜福祉財団研究助成」を受けて行ったものである。

参考文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部編, 人口動態統計平成7年~11年, 厚生統計協会.
- 2) 長寿社会開発センター編: 福祉のターミナルケアに関する調査報告書. 長寿社会開発センター. 1997年.
- 3) 的場和子他: 介護老人保健施設における高齢者の看取りについて. 死の臨床24(2) 2001. P167.
- 4) 田中愛子他: 青年期および壮年期の男女間における「死に関する意識」の比較研究. 死の臨床24(1). 2001. P62-67
- 5) 佐野翔子他: 看取りの場面における看護師の心理と今後の課題. 死の臨床25(2). 2002. P200
- 6) 柳原清子: 切り拓く現場・切り裂かれる現場—死を看取るといふこと. 尾崎新編: 「現場の力」—社会福祉実践における現場とは何か. 215-
225. 誠信書房. 2002
- 7) 時田純: 老人福祉施設におけるターミナルケアの現状と課題. 嶺学編「高齢者の在宅ターミナルケア—その人らしく生きることを支える」141-159, お茶の水書房. 2002.
- 8) 広井良典: ケア学—越境するケアへ. 医学書院. 135-167 2000.
- 9) 梅津美香, 小野幸子: 老人保健施設の看護職の施設内死亡に対する意識. 日本老年看護学会誌7(1) 119-127. 医学書院. 2002.
- 10) 小野幸子, 田中克子他: G県の特別養護老人ホームにおける看取りの実態. 岐阜県立看護大学紀要1(1). 134-142. 2001.